

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (B4)
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja słuchu Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że: (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Pacjent posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy.	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Pacjent nie posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy.	<small>pieczętka, nr i podpis lekarza</small>

4. Kompensacja dysfunkcji słuchu i mowy jest możliwa po zaopatrzeniu w sprzęt elektroniczny, jaki?

.....

pieczętka, nr
i podpis lekarza